

LES AUTO-GREFFES OVARIENNES

AU COURS DES ANNEXECTOMIES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

M^{lle} LEIBSON (Eugénie-Avigail)

Diplômée d'Hygiène

née le 22 Mai 1908, à Minsk (Russie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur . . .	Président.
		ROBERT, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547410_0017

LES AUTO-GREFFES OVARIENNES

AU COURS DES ANNEXECTOMIES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

M^{lle} LEIBSON (Eugénie-Avigail)

Diplômée d'Hygiène

née le 22 Mai 1908, à Minsk (Russie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur. . . .	Président.
		ROBERT, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *; G. THIRY, *, I *.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *, *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I *, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	SIMONIN, A *
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES PARENTS

Auxquels je dois tout.

A MEIR, TASSIA ET VITIA

*Qu'ils trouvent ici l'expression de mon
affection et de ma reconnaissance
profonde.*

A TOUS MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH

Professeur de Chirurgie et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de notre respectueuse et profonde reconnaissance pour son enseignement et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mes Juges :

M. LE PROFESSEUR ROBERT

Professeur de Chimie Médicale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Chef de la Clinique Gynécologique de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

A TOUS NOS MAÎTRES A LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, et avant de quitter cette Faculté de Nancy, où nous avons reçu l'enseignement, nous tenons à adresser nos remerciements à tous les Maîtres de la Faculté qui ont contribué à notre formation médicale.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur BINET que nous avons toujours admiré pour son enseignement, pour son sens clinique, la manière de présenter ses malades, d'une façon simple, claire et précise.

Jamais la bienveillance de M. le Professeur BINET ne nous fit défaut; il nous en a donné une preuve nouvelle en nous inspirant le sujet de notre thèse et en nous prodiguant ses précieux conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de la profonde reconnaissance que nous lui témoignons.

HISTORIQUE

Une particularité curieuse de la greffe ovarienne est d'avoir été appliquée à l'espèce humaine avant d'avoir été abordée expérimentalement. C'est MORRIS de New-York qui en 1895 prend un greffon de l'ovaire chez une femme de 30 ans et le transplante à une jeune fille de 20 ans atteinte d'hypoplasie génitale avec aménorrhée. Il obtient d'excellents résultats : apparition des règles et leur persistance (greffe faite dans l'utérus de la jeune fille).

MORRIS renouvelle sa tentative au cours de la même année. Il greffe un fragment d'ovaire dans une trompe utérine d'une femme de 26 ans ovariectomisée pour salpingo-ovarite bilatérale. Environ trois mois plus tard la femme devient enceinte et avorte au troisième mois d'un fœtus régulièrement développé.

Depuis il répète les auto et homogreffes jusqu'à 1902. Une de ses opérées, greffée pour ménopause précoce et troubles endocriniens, accouche d'un enfant normal et bien constitué.

DUDELY-PALMER en 1899, greffe un ovaire dans l'utérus d'une femme castrée pour salpingite double gonococcique. Ses règles réapparaissent ; depuis il a cité 48 greffes pratiquées par lui.

En 1900 MAUCLAIRE, un des premiers en France, pratique une autogreffe sous-cutanée chez une femme

de 30 ans après castration double. La greffe doit-être enlevée. Chez une autre femme de 32 ans, greffée dans la région sous-ombilicale après une castration double, il constate le premier, les phénomènes congestifs et douloureux au moment des règles. L'activité de ce greffon s'est manifestée pendant cinq ans. Dans la thèse de MOREAU (en 1905), MAUCLAIRE conclut : « quant au cours de l'opération l'ovaire ne peut être laissé en place, il faut le greffer sous la peau, s'il est supposé probablement sain ».

En étudiant l'histologie d'un greffon pratiqué huit ans auparavant, il constate un follicule ovarien en évolution et des cellules de corps jaune. L'ovaire lui-même s'est atrophié mais reste reconnaissable.

DELAGENIÈRE. (Thèse KERMARREC, Paris 1901), fait une greffe intra-salpingienne chez une jeune fille de 23 ans, opérée pour un kyste ovarien. La malade a été réglée normalement par la suite.

Les premières tentatives d'ovario-greffes, à la fin du XIX^e siècle, couronnées d'assez heureux résultats, ont commencé à intéresser les chirurgiens, qui constataient que l'état subjectif de leurs opérées d'ovariéctomie était pire qu'avant l'intervention. Les accidents liés à la ménopause artificielle prématurée : vertiges, céphalées, bouffées de chaleur avec sudation, palpitations et accidents nerveux, ont amené certains chirurgiens à prescrire à leurs opérées un traitement opothérapique et ensuite à pratiquer la transplantation du tissu ovarien frais dans un endroit quelconque du corps.

La suppression de la sécrétion interne amène des

troubles graves, psychiques et physiques. Pour remédier à cette carence on peut conserver une partie de l'ovaire ou la greffer dans le péritoine ou sous la peau. De plus, en greffant l'ovaire dans l'utérus ou dans les trompes, on conserve la possibilité de la conception et de l'accouchement.

Dans les différents pays, les chirurgiens ont fait des greffes ovariennes et ont étudié leurs effets. PANKOF, CROOW et LEE. BAMBRIDGE (1905), BREWITT (1908), TZIKLICE, SAUVÉ. (Thèse Paris 1909), SCHEURER (1910).

MAUCLAIRE en 1908, greffe l'ovaire sous la peau et fait l'anastomose entre un gros vaisseau du hile et l'artère épigastrique.

TUSSEAU (en 1913. Thèse Lyon), des auto, homo et hétéro-greffes, sous-cutanées, intra-péritonéales, lombaires et pelvigénitales. Les autogreffes lui donnent les meilleurs résultats.

STEINACH en 1910-1920 fait des recherches sur la féminisation, l'hermaphrodisme et les rajeunissements, par les hétéro-greffes.

LIPSCHUTZ expérimente sur des cobayes et vérifie la loi « du tout ou rien », énoncée par PÉZARD pour les oiseaux; il démontre que pour que la greffe ovarienne « prenne » il faut que l'organisme soit en état de carence absolue ou relative par rapport à l'hormone sexuelle. De même il constate que la température optima pour conserver la greffe est celle de la glace.

PETTINARI fait une longue série d'expériences sur le chien, le rat blanc et le cobaye. L'examen histologique de ces greffes montre la pénétration des vais-

seaux nourriciers, mais l'absence des filets nerveux. Dans certaines greffes autoplastiques, on voit des follicules maturés et corps jaunes. L'activité fonctionnelle est irrégulière; il y a le plus souvent hyperactivité. Les poussées rappellent en leur ensemble le cycle menstruel mais déréglé. De même il est arrivé à confirmer les constatations de LIPSCHUTZ : « pour que la prise soit possible il faut que l'organisme soit en état de carence absolue ou relative (loi de PETTINARI). » D'après lui une condition défavorable à la prise de la greffe est une longue période de castration et l'ablation de l'utérus.

La greffe ovarienne empêche l'apparition des troubles de la castration et l'organisme peut continuer son développement. Chez les animaux la greffe détermine une transformation profonde psychique et somatique.

De nombreux essais expérimentaux dans le domaine des hétérogreffes ont été faits par VORONOFF.

Dans ces dernières années, MAYER et CHEVAL ont étudié l'évolution histologique des greffes ovariennes pratiquées chez des chiennes, en greffant des moitiés d'ovaires dans les muscles droits. Ils ont constaté une différence de structure de l'ovaire greffé chez des chiennes suivant qu'on leur a laissé ou enlevé l'utérus. Ensuite ils ont greffé l'ovaire en même temps que les fragments d'utérus dans le tissu cellulaire sous-cutané.

OSMAR ZAHER (1913), élève de ROUVILLE, s'intéresse à la question des greffes ovariennes. Il publie deux observations intéressantes par leurs résultats. Dans la première, après une double ovariectomie sui-

vie d'une autogreffe sous-cutanée, les règles apparaissent et se répètent pendant dix-huit mois. Ce qui prouve la prise et la vitalité de l'organe greffé. La deuxième observation donne des résultats cliniques semblables, mais quelques troubles de castration et des règles irrégulières. Les greffes sont devenues grosses et douloureuses, ce qui nécessite leur ablation au bout de deux ans. Leur examen histologique a permis de reconnaître des follicules de de Graaf en voie de croissance, quelques kystes folliculaires et un corps jaune hypertrophié.

WHITE et USHER greffent 55 femmes, en plaçant le greffon dans le muscle droit et sa gaine, ont obtenu des résultats satisfaisants.

TUFFIER (*Presse Médicale* 1925), pratique des greffes dans une corne ou le corps de l'utérus, ainsi que des greffes retromammaires, avec les conclusions suivantes : l'auto-greffe ovarienne en un point quelconque de l'organisme reprend ses fonctions après quelques semaines (trois en général). On constate son action sur le métabolisme basal, ainsi que sur la réapparition de la menstruation, en cas de conservation de l'utérus, pendant un temps variable, allant jusqu'à 5 à 10 ans.

Les résultats sont d'autant meilleurs que la femme est plus jeune et que la greffe est faite le plutôt possible après la castration.

L'examen histologique des greffons enlevés quatre ans et demi après leur fonctionnement, montre un corps jaune normal, deux greffons présentent la dégénérescence kystique. Nous trouvons de très belles

preuves en faveur de l'utilité et de la facilité technique des auto-greffes, dans la thèse de Mlle BIZOU, 1932, élève de DOUAY.

Au 3^e congrès français de gynécologie (Paris 1934), les gynécologues ont été unanimes à reconnaître l'opportunité des transplants ovariens au cours des annexectomies et même des hystérectomies.

Notre maître, le professeur BINET se montre partisan de la conservation de l'utérus, chaque fois qu'elle est possible. Cette intervention combinée à l'auto-greffe ovarienne lui donne dans les inflammations annexielles des résultats supérieurs à tous les modes d'hystérectomies, qu'elles soient fundiques subtotaux ou totales.

INDICATIONS

Nous n'étudierons pas dans ce chapitre les indications des greffes ovariennes en général.

Les hétéro-greffes, les homo-greffes ont été prouvées avec plus ou moins de succès dans l'infantilisme génital, la sénescence, l'aménorrhée, etc...

Nous nous en tiendrons aux indications relatives aux auto-greffes. Ces indications sont au nombre de deux principales :

1° Certaines stérilités dues à l'oblitération tubaire. En pareil cas le greffon est placé au contact de la cavité utérine;

2° Les auto-greffes sont surtout utilisées comme complément des annexectomies, pour prévenir les troubles de la castration ovarienne chez les femmes jeunes.

Nous reprendrons surtout cette seconde indication.

La suppression brusque de la sécrétion ovarienne produit en effet des troubles graves qui retentissent sur les autres systèmes.

Les troubles de la ménopause naturelle sont souvent atténués parce qu'ils surviennent sournoisement et la compensation se produit par les autres glandes endocrines. Fréquemment ces troubles disparaissent tout-à-fait deux ans après leur début. (On a constaté

même la formation d'anti-ovarines qui empêchent la prise de la greffe ovarienne).

L'ablation chirurgicale des ovaires prive brusquement l'organisme d'une fonction sécrétoire qui n'est pas compensée.

Ces troubles ont souvent amené des chirurgiens à des réflexions et remords après la castration. Ainsi que CHROBAK, en 1896, dit : « les nombreux malaises dont se plaignent la plupart des femmes à qui j'ai enlevé les ovaires, m'ont de tout temps enlevé la joie de les avoir opérées ».

Les troubles dûs à l'insuffisance ovarienne non compensée, sont tantôt graves, tantôt bénins, passagers ou continus.

Ces troubles sont d'après certains auteurs dans l'ordre de fréquence suivant : troubles vaso-moteurs, troubles du métabolisme, troubles nerveux, arthralgiques et sexuels.

1° *Les troubles vaso-moteurs.* — En premier lieu les bouffées de chaleur. TUFFIER les décrit : « subitement au cours de la conversation le sang monte au visage, déterminant une sensation de chaleur brûlante, avec sifflement, bourdonnement d'oreilles. La femme se dégraffe, cherche un peu d'air frais, au bout de quelques minutes, elle devient pâle, son corps est baigné de sueur, comme si elle sortait de l'eau ».

Ces bouffées de chaleur surviennent sans aucune cause ou à la suite d'une émotion, fatigue, ingestion d'aliments, de boissons. Parfois elles arrivent périodiquement au moment des anciennes règles, ou bien à n'importe quel moment.

Ces bouffées de chaleur vont en diminuant et pour certains auteurs elles disparaissent deux ans après la ménopause. Elles sont le critère de l'état de fonctionnement du greffon ou des autres glandes endocrines qui produisent la compensation.

Souvent les femmes se plaignent d'avoir des palpitations, angoisse et tachycardie.

A propos de l'hypertension artérielle les auteurs ne sont pas encore arrivés à une conclusion. Certains pensent que l'hypertension est consécutive à la castration (Hypertension des femmes castrées, *Journal Médical de France*, 1925), tandis que d'autres constatent, dans une mesure plus ou moins absolue, que cette hypertension survient chez des femmes prédisposées, ou ayant eu l'hypertension avant l'opération, ou la ménopause. Donc ce n'est qu'une aggravation d'un état pathologique antérieur. (C'est l'avis de COTTE et PAILLARD, publié dans la *Semaine Médicale des Hôpitaux*, Lyon 1922 et *Lyon Médical* 1923).

L'insuffisance ovarienne entraîne parfois l'hyperthyroïdisme, maladie de Basedow fruste à évolution rapide (professeur JACQUES, *Revue Médicale de l'Est*, 15 juin 1923). Rarement on rencontre une congestion des différents organes avec production de petites hémorragies, comme hémoptisie, hématemèse, mélena, etc...

2° *Troubles des métabolismes.* — La modification du métabolisme provoque le ralentissement de la nutrition avec tendance à l'obésité. L'infiltration des tissus cellulaires se fait surtout au niveau des seins, ventre,

tiers supérieur des cuisses, donc prédilection pour la ceinture pelvienne, et ceci malgré le régime alimentaire sévère.

Parfois on voit la diminution du poids des opérées à la suite d'augmentation du métabolisme des graisses, consécutif à l'hyperthyroïdie de compensation (KRAUL et HALTER, *Zeit fur geb und gyn.*, 28 juin 1924, et HEYN, *Arch. f. gyn.*, 1927).

Pour ces auteurs il y a modification également dans le métabolisme des métaux : Ca, K, Na, ainsi que la rétention d'azote, de phosphore et du calcium (au profit du traitement de l'ostéomalacie).

NEUMAN et VOSS, DALSACE et GUILLAUMIN (Soc. de gyn. et obst., 1929), ont insisté sur l'hypocalcémie de la castration;

3° *Troubles nerveux.* — Manifestations fréquentes des troubles psychiques, les femmes deviennent très irritables, asthéniques, présentent de l'amnésie pour les choses récentes, de l'affaiblissement intellectuel et physique, de la paresse au travail.

Ces troubles nerveux sont rarement graves : délire avec hallucination, impulsion ou obsession, hypochondrie, état mélancolique et confusion mentale avec tendance au suicide. HARTMANN, SECOND, LAIGUEL, LAVESTINE, constatent 1 % à 2 % de troubles psychiques graves. COMBEMALE nie cette influence de la castration. Certains auteurs pensent que ces troubles sont dus au choc opératoire, puisqu'ils s'installent également en cas d'ablation d'un seul ovaire.

DELBET dit à ce sujet : « la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire peut agir sur le caractère, sur

les sentiments affectifs. Mais elle est sans action sur l'intelligence.

L'amnésie qui se manifeste surtout pour les choses récentes, persiste souvent plus tardivement que les bouffées de chaleur et les extraits ovariens qui agissent sur les bouffées de chaleur sont impuissants contre l'amnésie.

4° *Troubles arthralgiques.* — Beaucoup de femmes à la période de la ménopause naturelle ou artificielle, présentent des algies spéciales, caractérisées surtout par des phénomènes inflammatoires. Ces femmes viennent consulter pour sciatiques rebelles, résistantes à tous les analgésiques; pour des douleurs des genoux, rachialgies avec fourmillement au niveau des membres inférieurs, céphalgies. Ce sont les « pseudorhumatismes par carence » de LERICH.

5° *Troubles sexuels.* — Leur valeur est très discutée par la majorité des auteurs et on conçoit les difficultés d'appréciation et de statistiques en pareille matière.

Pour VIGNES, la frigidité peut être consécutive à la castration : « il est possible que la castration diminue le désir et le plaisir sexuel chez la femme », dit-il (*Physiologie et maladies de la femme.* VIGNES). Les idées admises dans le public, sous ce rapport sont tout-à-fait exagérées.

L'appétit sexuel persiste souvent après l'enlèvement des ovaires. Parfois il se produit même une exacerbation de durée variable de l'appareil sexuel qui est parfois suivie d'une diminution rapide.

Cette crainte de la perte des sensations génitales est très répandue dans le public, au point de refuser très souvent l'opération nécessaire.

D'après certains auteurs, la frigidité complète post-opératoire est tout-à-fait exceptionnelle, mais il existe une diminution des plaisirs sexuels. Quand une femme jeune a été opérée, alors qu'elle n'avait encore qu'une très faible expérience de la vie génitale, elle n'a pas d'attrait pour les rapprochements sexuels. Si au contraire une femme est opérée plus tard, lorsque son expérience génitale est complète, elle garde les plaisirs qu'elle éprouvait avant l'opération, parfois avec une diminution passagère.

Le traitement endocrinien agit favorablement sur cette frigidité relative (extrait ovarien, extrait placentaire, extrait orchitique).

On peut rencontrer également des troubles trophiques au niveau du tractus génital, notamment au niveau du vagin et de la vulve : la muqueuse est friable, rouge, avec piqueté hémorragique, facilement inflammable et suintante. Il s'agit de kraurosis (GALMIER. Thèse de Paris, 1925). Les troubles trophiques ainsi que l'atrophie du col surviennent généralement deux à trois ans environ après la castration ovarienne bilatérale, alors qu'on n'observe pas de semblables troubles chez les femmes à qui on a laissé un ovaire ou à qui on a pratiqué une greffe ovarienne.

Les auto-greffes ovariennes constituent un excellent moyen préventif des divers troubles de la castration que nous venons de passer en revue.

Actuellement les chirurgiens s'efforcent d'être économiques dans leurs interventions sur l'utérus et les ovaires. « Enlever assez pour guérir et conserver assez pour prévenir », sont les directives énoncées par MASSABUAU et GUIBAL.

Quand les chirurgiens se sont aperçus des troubles occasionnés par l'ablation de l'utérus et des ovaires chez leurs malades, ils ont commencé à chercher comment prévenir ces malaises.

Alors on a formulé la « subtotale » et l'hystérectomie fundique avec conservation au moins d'un ovaire quand c'était possible, ce qui permettait aux opérées d'avoir leurs règles et d'être à l'abri des troubles.

Certaines observations nous montrent qu'après l'ablation bilatérale des ovaires et conservation de l'utérus, les femmes étaient réglées quand même. (Observation du professeur BINET, n° 3).

Pour expliquer ce fait il y a plusieurs théories :

1° Possibilité de la persistance, grâce à des adhérences péritonéales de quelques fragments de l'ovaire enlevé. Ces débris résiduels, sont en quantité suffisante pour exercer l'action des ovaires, et pour rétablir l'équilibre inter-glandulaire. On a même vu ces fragments s'hypertrophier et former des kystes;

2° Dans quelques cas on a trouvé des ovaires aberrants supplémentaires (surnuméraires) dans le péritoine et le paramètre (Mme EISENBERG-PAPERIN. Thèse Paris, 1911. *Contribution à l'étude des ovaires surnuméraires*).

Certains auteurs expliquent ce phénomène par l'intervention d'autres glandes endocrines qui établissent une compensation et une harmonie endocrinienne. (*Presse Médicale*, décembre 1934. - COSTANTINI, Alger).

CONDITIONS DE LA PRISE DU GREFFON

Le succès des auto-greffes est, en règle générale, beaucoup plus facile à obtenir que celui des homogreffes. Il n'y a pas à se préoccuper, en effet, des groupes sanguins, de l'état de carence hormonale de l'organisme. etc.

Trois *conditions générales* seulement sont à envisager : l'âge de la malade, son état de santé générale et son état d'infection.

L'âge de la malade a une importance considérable pour la réussite du greffon; plus la malade est jeune, plus facilement la greffe réussira.

L'état cachectique de la femme est défavorable à la prise du greffon.

Si la femme est profondément infectée, en état de septicémie, on observera presque à coup sûr l'infection et la suppuration du greffon; le greffon s'éliminera et une intervention sera nécessaire pour son ablation.

Une *condition locale* est la nutrition suffisante du greffon. L'idéal serait de laisser l'ovaire « in situ » (LECÈNE et SAUVÉ). Mais l'ovaire laissé dans la cavité abdominale se sclérifie et devient kystique. La transplantation de l'ovaire dans un milieu sain et

aseptique favorisera la néo-vascularisation et la nutrition du greffon, de même qu'elle l'isolera parfois du milieu septique dans lequel il s'est trouvé avant l'opération.

Cette transplantation a également comme avantage la section des nerfs ovariens, ce qui aura pour résultat la suppression de douleurs. De même, on aura la facilité d'accès en cas de complications.

Nécessité de la conservation de muqueuse utérine

On peut se demander si la conservation d'une partie de la muqueuse utérine est nécessaire au bon fonctionnement du greffon ovarien.

Les avis des auteurs sont, à ce sujet, partagés. Le professeur J.-L. FAURE formule et pratique l'hystérectomie subtotale, croyant que laisser l'utérus en place sans les ovaires n'a aucune utilité.

D'autres, comme VIGNES, ASCHNER, attribuent une grande importance à la conservation des menstruations comme exutoire des toxines organiques qui ne peuvent pas être éliminées sous une autre forme.

D'autre part, les rapports utéro-ovariens ont bien été mis en valeur dans les expériences de MAYER et CHEVAL (*Revue Franc. de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1934). Nous les rapporterons ici en quelques mots :

MAYER et CHEVAL pratiquent des greffes ovariennes sur des chiennes ovariéctomisées, avec ou sans conservation de l'utérus. En sacrifiant les chiennes progressivement, ils examinent au microscope les coupes des ovaires et ils constatent l'évolution suivante :

1° Chienne à qui on a fait une greffe intra-musculaire après l'ablation bilatérale des ovaires et conservation de l'utérus, est sacrifiée un mois après l'implantation. Sur la coupe du greffon on voit : les follicules primordiaux intacts.

2° Chienne préparée de la même façon, sacrifiée quatre mois après la greffe. A la coupe : formation lutéinique dégénérée, follicules primordiaux bien conservés et surtout follicules en maturation reconnaissables par le caractère cylindrique des cellules granuleuses et par leur bistratification. L'épithélium germinatif disparaît par endroits, dans d'autres, il persiste en formant une couche pluristratifiée dans laquelle se creusent de petites formations kystiques et tubuliformes.

Si on ovariéctomise et hystérectomise la chienne, l'examen du greffon sera différent. WATRIN et BRABAN ont constaté l'atrésie folliculaire progressive qui est complète à partir du troisième mois après l'hystérectomie (*Archives de biologie*, tome XLIII, fascicule II, 1932). MAYER et CHEVAL ont vu dans ces conditions la sclérose centrale du greffon et, seule, la périphérie a survécu. Un mois après l'implantation, les follicules primordiaux sont rares et il y a des phénomènes d'atrésie hypertrophique au niveau de certains follicules sans formation des cavités kystiques.

Trois mois après l'implantation, il se produit des formations tubulaires au niveau de l'épithélium germinatif, des follicules anovulaires et, surtout, des follicules atrésiques sans maturation folliculaire.

Chez un troisième lot de chiennes, ils font une double greffe : utérine et ovarienne après ovariéctomie et hystérectomie. L'examen des coupes des ovaires montre :

Quinze jours après l'opération : formation du mucus dans la greffe utérine;

Un mois après l'opération : formation kystique de la muqueuse;

Quatre mois après l'opération : cavité utérine néo-formée et lutéinisation dans l'ovaire qui n'existe pas sans greffe utérine. Ces cavités utérines néo-formées se présentent sous forme de cylindres enroulés avec leur muqueuse en dedans et contiennent du liquide hyalin.

Toutes ces expériences montrent le rapport étroit qui existe entre le fonctionnement de ces deux organes féminin : l'ovaire et l'utérus.

TECHNIQUE DE L'AUTO-GREFFE

La technique de la transplantation de l'ovaire varie légèrement suivant les opérateurs.

I. — TECHNIQUE DE DOUAY

Le D^r DOUAY formule sa technique dans la *Gazette Médicale de France* du 1^{er} mars 1932. Nous citons ici un extrait de son exposé :

« L'opération est très simple et ne nécessite aucune précaution particulière, aucune instrumentation spéciale.

« Au moment où la pièce opératoire est enlevée, je prélève l'ovaire qui paraît le meilleur, je l'enveloppe dans une compresse et je le range dans un coin du plateau d'instruments.

« Une fois l'opération finie, les sutures terminées, au moment où on prévient l'anesthésiste d'enlever le masque, je prends l'ovaire mis en réserve, je cherche la partie la meilleure, et avec un bistouri propre, j'enlève un segment d'ovaire correspondant au quart environ : 1 centimètre de large sur 2 à 3 centimètres de long et sur 4 à 5 millimètres d'épaisseur ; ce sera le premier greffon. J'en prépare un second semblable

(un ovaire peut suffir pour une autogreffe et 2 ou 3 homogreffes).

Très souvent, lorsque l'ovaire paraît sain, je le coupe en deux morceaux comme un petit pain, et chaque moitié est encore coupée une deuxième fois suivant le sens de la longueur; et je prélève de préférence, le segment voisin au méso, habituellement plus homogène. Après avoir remis un peu de teinture d'iode sur les régions inguinales, je fais une incision cutanée de 1 centimètre de long. Avec une pince de Kocher fermée, je pénètre dans le tissu cellulaire jusque dans la grande lèvre; la pince pénètre à 6 centimètres environ, et en l'ouvrant plusieurs fois, je fais dans le tissu cellulaire un espace libre, cette dilatation est très facile si on est bien dans la grande lèvre, et elle ne saigne pas. La pince de Kocher saisit l'extrémité d'un greffon, l'introduit par la plaie cutanée dans la loge ainsi formée dans la grande lèvre, la face cruentée du greffon en arrière, on lâche le greffon et on retire la pince; une agrafe sur la peau ferme la brèche cutanée ».

Cette opération est insignifiante, ne dure qu'un instant et n'offre aucune espèce de difficulté.

II. — TECHNIQUE DE GUYOT

Adoptée par notre Maître, le professeur BINET, cette technique est encore plus simple que la première. Elle consiste en : choix et prélèvement du greffon sur l'ovaire enlevé, avant la fermeture du ventre. Le plan musculo-aponévrotique étant suturé, deux

pincés erignes écartent les bords de la plaie opératoire dans son tiers inférieur. De chaque côté de la plaie et au niveau du tissu cellulaire adipeux, une pince courbe de Richelot ou une paire de ciseaux courbes est introduite vers les grandes lèvres. On réalise ainsi une tunnelisation allant jusque dans les grandes lèvres et on y dépose le greffon saisi par la pince, face cruentée en arrière.

Ce procédé présente certaines réserves : il ne doit pas être employé chez des malades qui ont beaucoup saigné, il risquerait de donner un hématome de la grande lèvre. De même, en cas de suppuration et de terminaison de l'opération par drainage, ce qui peut donner une infection du greffon.

MAYER tâche de l'éviter.

III. — TECHNIQUE DE DUDLEY et PETIT

Ces auteurs réalisent la greffe intra-utérine. L'ovaire avec son pédicule est implanté dans le myomètre. Donc l'ovaire est placé au contact de la cavité utérine. A l'examen histologique, on a pu constater la vitalité du greffon.

Dans la littérature, on cite quelques cas de grossesses qui n'ont pas été portées à terme; les femmes ont avorté à deux ou trois mois.

Souvent, on a vu se produire une dégénérescence kystique, ce qui a nécessité une opération itérative; c'est donc une méthode à abandonner.

IV. — TECHNIQUE DE COTTE

COTTE place le greffon dans l'épiploon. Ce procédé a l'inconvénient, en cas d'inflammation ou de dégénérescence du greffon, de nécessiter une laparatomie itérative.

V. — AUTRES TECHNIQUES

MAUCLAIRE a placé le greffon dans la gaine du grand droit.

D'autres dans les ligaments larges, sous la glande mammaire, etc.

Actuellement, les techniques I et II semblent rallier la majorité des chirurgiens.

Le choix du greffon

Pour réussir une auto-greffe, on n'a pas besoin d'avoir un ovaire intact. Dans un ovaire douloureux, scléro-kystique, on peut trouver une bande du tissu ovarien sain, sans kystes, ni sclérose. Du fait de sa transplantation, les filets nerveux sont coupés, ce qui supprimera les phénomènes douloureux.

Un gros ovaire rouge, congestionné, douloureux, peut servir de greffon.

Un ovaire d'annexite avec suppuration de la trompe et adhérences, peut, dans la cuvette, être facilement détaché de la trompe et un fragment en bon état peut servir de greffon. De même, par exemple dans le cas d'un kyste de l'ovaire double, on peut trouver deux

morceaux d'ovaire de bonne qualité, capables de donner des greffons.

La technique pratiquée par le professeur FAURE pour le Wertheim, consiste à enlever tout d'abord les annexes pour avoir du jour. Mais pourquoi sacrifier les ovaires sains si la femme est jeune ? Ils serviront d'excellents greffons ! C'est ainsi que le docteur DOUAY a eu l'idée de greffer les ovaires immédiatement après leur ablation.

RÉSULTATS

Nous indiquerons en premier lieu, les résultats expérimentaux obtenus par les transplants ovariens dans les espèces animales. On a pu ainsi très exactement suivre l'évolution du greffon.

Puis, nous envisagerons, au point de vue clinique, les résultats opératoires chez la femme.

A. — EVOLUTION EXPÉRIMENTALE DU GREFFON

On a pu suivre chez les animaux les étapes d'évolution du greffon. Ainsi SEIPPEL décrit :

Premier stade. — Nutrition du greffon par imbibition des liquides transudés des tissus voisins. Souvent, à cette période, la zone centrale dégénère par suite de la pénétration insuffisante des sucs nutritifs (indication à faire des greffes fines, en lamelles).

Deuxième stade. — Processus d'organisation. Les vaisseaux pénètrent le parenchyme ovarien. Un lacis artériel et veineux se forme autour du greffon et représente en quelque sorte le pédicule de l'ovaire. Les cellules conjonctives se chargent de nucléines et prennent le caractère de cellules interstitielles normales.

Troisième stade. — Le greffon se sclérifie, s'atrophie, et forme un nodule cicatriciel. Au point de vue physiologique, après une période d'inactivité correspondante à la nutrition insuffisante (2 à 3 premiers mois) le greffon commence à fonctionner, s'hypertrophie par périodes. Les follicules apparaissent suivis de corps jaunes, ce qui forme le cycle menstruel.

On a expliqué de diverses façons le résultat fonctionnel du greffon.

Certains auteurs expliquent le mode d'action du greffon par sa *propre activité*. Après avoir acquis les néo-vaisseaux abondants, il vit et secrète des hormones comme un organe normal.

Pour d'autres, au contraire, le greffon agit par ses *hormones de réserve*, à la manière d'une pharmacie. Ces produits sont résorbés au fur et à mesure de la nécessité, par les tissus de l'hôte. De cette façon son action sera limitée.

B. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Dans la plupart des cas, les suites opératoires sont excellentes. Lorsque l'on pratique l'auto-greffe au niveau des grandes lèvres, on a l'avantage de pouvoir surveiller leur évolution.

A la palpation, quelques jours après l'opération, on sent les greffons sous forme de petites nodosités, indolores et mobiles. Pendant les premiers jours, les opérées ne présentent pas de troubles de la castration, malgré que la greffe soit petite et sans signe d'activité fonctionnelle. Il est possible que, pendant ces quel-

ques semaines, la greffe sert comme un réservoir des hormones qui sont déversées par le tissu cellulaire voisin dans la circulation générale.

Après quelques semaines, et parfois après quelques mois, pendant lesquels la femme présente quelquefois des troubles de la castration, la greffe commence à fonctionner. Sa prise est marquée alors par l'apparition de signes locaux plus ou moins marqués avec sensation de tension, parfois sensation de douleur légère.

Quelquefois le volume du greffon devient si considérable (comparable à une prune, un abricot), que la marche devient gênée, ainsi que le rapprochement sexuel.

Ces phénomènes de congestion traduisent : la prise anatomique par la néovascularisation, et la prise physiologique par formation folliculaire. Pendant toute la période de la vitalité de la greffe, les phénomènes congestifs apparaîtront par des poussées périodiques.

Si la femme possède deux greffons en bon fonctionnement, on observe souvent un gonflement alternatif des greffons, quelquefois rythmé, chaque mois, comme les règles, parfois avec plus d'irrégularité.

Dès que le gonflement apparaît, les signes de castration disparaissent, même les bouffées de chaleur. Parfois, la disparition des troubles endocriniens est moins absolue.

C. — L'ACTIVITÉ DU GREFFON

La meilleure preuve de l'activité du greffon est apportée par l'observation du professeur JEANNENEY, publiée dans la *Gazette Hebdom. de Sem. Méd. de Bordeaux*, le 16 avril 1933. Il s'agit de l'ablation d'une greffe chez une femme castrée, cliniquement utile (la greffe s'était hypertrophiée jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule et gênait la femme dans la marche et au cours de ses rapports sexuels), la réintervention a été suivie d'un syndrome d'insuffisance ovarienne. Et voici les paroles de la femme après cette ablation : « Ah, quelle différence et quel dommage que je n'ai pu conserver ma greffe, car depuis que je ne l'ai plus, quels changements et que de souffrances ».

La durée du fonctionnement de la greffe est difficile à préciser. On mentionne, dans la littérature, des autogreffes qui fonctionnent depuis deux ans. Dans notre observation n° 2, l'opération est récente et la femme n'a eu pour la première fois ses règles qu'après une période de calme de quatre mois.

Dans certains cas, les greffes paraissent atrophiées, sans gonflement fonctionnel, et cependant l'état endocrinien est excellent. Il est possible que la greffe fonctionne au ralenti, ce qui est suffisant pour maintenir l'équilibre hormonal. Parfois, on note la réactivation de la greffe par la folliculine injectée. Notre malade de l'observation n° 2 a reçu quelques séries de folliculine pendant la période qui précédait l'apparition de ses premières règles.

Pour juger l'activité de la greffe, on peut procéder par observation clinique de l'opérée et par examen de laboratoire.

Les principaux témoins de l'activité sont :

- 1° La croissance du greffon ;
- 2° L'apparition des règles ;
- 3° La non apparition des troubles de la castration ;
- 4° Dosage de la folliculine dans l'urine ;
- 5° Examen histologique.

D. — ECHECS OPÉRATOIRES

Le sort du greffon peut parfois être différent. La greffe peut se résorber. Le parenchyme ovarien greffé dans un tissu hétérogène provoque une irritation réciproque. Il y a production de transudation séreuse et douleur à la pression. Le tissu ovarien peut être progressivement résorbé.

En cas d'insuccès d'une greffe, on ne voit aucune manifestation de fonctionnement du greffon, qui s'atrophie. Il se produit un envahissement, puis la transformation scléreuse de ce greffon par le tissu conjonctif. Ceci est d'ailleurs la destinée ultérieure de tous les greffons.

E. — COMPLICATIONS ET ACCIDENTS OPÉRATOIRES

Parmi les complications et accidents qui suivent l'opération de greffe ovarienne, on peut rencontrer :

- 1° Hémorragies et hématomes des grandes lèvres ;
- 2° Gonflement inflammatoire et abcès ;

- 3° Elimination du greffon avec nécrose;
- 4° Gêne fonctionnelle par hypertrophie;
- 5° Dégénérescence kystique.

Ces complications nécessitent une réintervention. PETTINARI décrit cette dégénérescence kystique. Les follicules s'atrésient, forment des cavités qui se fusionnent et donnent un seul kyste qui, après quelque temps, sera transformé en tissu fibreux. Malgré tout, et quel que soit l'avenir éloigné du greffon et la durée de la vitalité, on a rendu de grands services à la malade greffée : on a gagné du temps, lui permettant d'éviter des troubles importants de la castration, de « doubler le cap » de la ménopause artificielle; d'autant plus qu'à ce moment, l'organisme se trouve dans la possibilité de s'adapter et de laisser fonctionner les autres glandes, dont le rôle se substitue à celui de l'ovaire. La femme a pu réaliser son équilibre endocrinien.

OBSERVATIONS

Nous ne rapportons ici qu'un très petit nombre d'observations, car nous avons limité nos recherches aux cas de transplants ovariens, au cours des annexectomies.

Par contre, nous avons trouvé, publié dans la littérature médicale, un grand nombre de greffes ovariennes au cours des hystérectomies.

Mais nous n'avons pas voulu les transcrire ici, car ce serait sortir du cadre limité que nous nous sommes tracé. Le lecteur pourra se reporter à ce sujet à la thèse de Mlle Bizou. (Thèse, Paris 1932).

OBSERVATION I

(Service de M. le professeur BINET)

Annexectomie bilatérale. Auto-greffe ovarienne
Persistance des menstruations

M^{lle} J... Lucie, âgée de 25 ans est une femme un peu obèse qui, il y a cinq ans, a accouché d'un enfant actuellement bien portant.

Depuis sa couche, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et accuse des pertes muco-purulentes assez abondantes.

Les règles sont irrégulières et de courte durée, deux à trois jours en moyenne. Dans ces derniers mois, les douleurs sont devenues intolérables.

La malade vient consulter en septembre 1933. Le palper bi-manuel révèle un utérus en légère rétro-version, sans mobilité. Les cul-de-sacs vaginaux sont douloureux.

A l'examen au spéculum, le col apparaît exulcéré et laissant baver des glaires muco-purulents. On porte le diagnostic de perimetro-salpingite avec légers troubles concomitants d'insuffisance ovarienne.

La malade étant dans l'impossibilité de subir un traitement médical de longue durée on décide d'intervenir.

Opération le 16 septembre 1933, sous rachi-anesth. à la syncaïne (12 cgr.). Excellente anesthésie.

Le ventre ouvert, on trouve l'utérus un peu basculé dans le Douglas et flanqué de deux salpingo-ovarites plastiques, très adhérentes. Les trompes sont complètement oblitérées, et la femme semble condamnée à une stérilité définitive.

Dans ces conditions, on n'hésite pas à pratiquer une annexectomie bilatérale. On enlève, en outre, l'appendice.

Mais, pour éviter à la femme les troubles consécutifs à la castration, je pratique une auto-greffe ovarienne. L'ovaire droit paraissant moins touché que le gauche, on le divise en trois fragments. Deux des greffons sont placés dans l'épiploon et fixés par quelques points au catgut n° 0.

Le troisième greffon est placé dans l'épaisseur du ligament large gauche. Le ventre est fermé en quatre plans de suture sans drainage.

Les suites opératoires sont très simples. Trois jours après l'opération, la femme est réglée pendant 48 heures. Trente-et-un jours après, les règles réapparaissent pendant trois jours. Vingt-huit jours se passent, puis nouvelle menstruation durant trois jours également.

La malade a été revue le 17 octobre 1934, soit treize mois après l'opération. Depuis la greffe, elle a été réglée tous les mois, avec le même rythme qu'avant l'opération. C'est-à-dire d'une manière un peu irrégulière, tantôt avec un léger retard, tantôt avec une avance légère.

Certaines de ces menstruations s'accompagnent d'un malin un peu pénible, parfois avec vomissements et diarrhée.

Actuellement, la malade présente encore quelques pertes blanches, mais les douleurs ont presque complètement disparu. La malade ne ressent qu'un peu d'endolorissement intermittent du ventre et elle mène une vie très active.

Au palper bi-manuel, l'utérus est mobile, le cul-de-sac droit indolore, le gauche est très légèrement douloureux, peut-être en raison de la présence de la greffe ovarienne dans le ligament large de ce côté.

La femme n'éprouve pas de bouffées de chaleur. Elle n'a pas d'hypertension. L'adiposité n'a pas progressé, au contraire.

En résumé, amélioration très nette dans l'état de la malade d'une part, et conservation des fonctions ovariennes qui se traduit, en particulier, par la persistance des menstruations.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur BINET)

Annexectomie bilatérale. Auto-greffe ovarienne. Réapparition des menstruations quatre mois après l'opération.

M^{me} L... Céline, 38 ans, se présente à la consultation de gynécologie pour de vives douleurs dans le bas-ventre dont elle souffre depuis cinq mois, et une leucorrhée muco-purulente abondante.

Elle est mère de deux enfants, de 7 ans et 5 ans 1/2. Les accouchements ont été normaux et les suites des couches favorables.

A l'examen, on trouve un utérus en rétro-version adhérent, flanqué d'annexes douloureuses, tuméfiées et prolabées dans le Douglas. Le diagnostic de métror-salpingite s'impose.

La malade se refusant à tout traitement médical prolongé, en raison de sa situation sociale. On intervient le 3 novembre 1934.

Après rachi-anesth. à la syncaïne et laparatomie médiane sous-ombicale, on trouve l'utérus rétro-fléchi et deux salpin-

gites kystiques avec oblitération des pavillons tubaires. Les ovaires sont très volumineux, doublés ou triplés de volume et kystiques.

On pratique une annexectomie bilatérale. Pour remédier à la rétro-version utérine, on fait une ligamentopexie à la Doleris.

D'autre part, on énuclé de la paroi utérine deux petits fibromes qui s'y trouvent enchâssés. Enfin, on prélève au niveau de l'ovaire gauche, qui paraît le moins malade, trois greffons d'un centimètre et demi de longueur.

On tunnelise les deux grandes lèvres en poussant par la partie basse de l'incision abdominale une pince clamp et on insinue à travers ce trajet, dans la grande lèvre droite, deux greffons et dans la gauche un greffon, face cruentée en arrière. On ferme ensuite le ventre en quatre plans de suture, sans drainage.

Les suites opératoires ont été très simples. Un peu de tuméfaction au niveau des grandes lèvres s'est manifesté dans les quatre ou cinq premiers jours; puis cette tuméfaction a disparu, laissant percevoir facilement les greffons.

A droite, les dimensions de ces greffons paraissent se maintenir sans modification. A gauche, il semble que le greffon a diminué un peu de volume.

C'est là un fait assez commun sur lequel BAINBRIDGE, de New-York, a attiré l'attention. En cas des greffes multiples, un des greffons a souvent tendance à se résorber en fournissant à l'autre, semble-t-il, la quantité d'hormones dont il a besoin pour assurer sa vitalité.

On peut, dans le même but, faire, comme le conseille JEAN-NENEY, des injections de folliculine pour revitaliser les greffons. Mais cette pratique est le plus souvent superflue.

Chez notre malade, la menstruation n'étant normalement attendue que pour la fin du mois, on commence à faire des injections de folliculine. La femme a eu ses règles le 7 avril 1935, donc après un intervalle libre de quatre mois.

OBSERVATION III

(Service de M. le professeur BINET)

*Annexectomie bilatérale. Pas de greffe ovarienne
et néanmoins persistance des menstruations*

M^{lle} G... Andrée, âgée de 18 ans, vient consulter au service de Gynécologie, le 22 mai 1934, pour de la leucorrhée et des douleurs abdominales. Cette jeune fille, encore vierge, présente un état général tout à fait défectueux. Poids : 38 kg. 500 ; taille : 1 m. 53. Ventre légèrement ballonné avec matité en damier.

A l'examen au speculum des vierges : col petit et conique.

Le palper bimanuel indique un utérus petit, de type infantile. Les annexes ne sont pas perçues.

Opération : 29 mai 1934. Anesthésie générale au mélange de Schleisch. Opérateur : M. BINET.

Après laparotomie, on constate de multiples granulations sur le péritoine. Les anses intestinales sont agglutinées, couvertes de granulations.

On arrive cependant à découvrir les annexes très adhérentes, après les avoir sculpté sur la paroi voisine. On les enlève. On ferme le ventre en quatre plans de sutures, sans drainage.

La malade est soumise ensuite à un traitement actino-thérapique (rayons ultra-violets). Elle est revue pour la dernière fois le 15 novembre 1934. Depuis son opération, elle a été réglée aussi régulièrement qu'auparavant. Son état général s'est amélioré et elle paraît en bonne voie de guérison.

OBSERVATION IV

(Service de M. le professeur BINET)

Annexectomie bilatérale. Auto-greffes ovariennes récentes

M^{lle} Th... Lucie, âgée de 27 ans, vient consulter au service de Gynécologie le 3 janvier 1935.

Mariée depuis six ans, a eu deux enfants et deux fausses couches. Le dernier accouchement remonte à treize mois.

Depuis trois mois, elle souffre de douleurs abdomino-pelviennes et présente des métrorragies abondantes.

A l'examen, on trouve un utérus peu mobile. On perçoit, au niveau des culs-de-sac latéraux du vagin, des annexes volumineuses et douloureuses.

A droite, on a l'impression d'une masse kystique et assez tendue. Le diagnostic porté est celui de salpingite bilatérale avec périméthro-salpingite.

A l'examen au spéculum, on trouve le col utérin errodé et laissant sourdre des glaires muco-purulentes.

Température normale. Femme un peu amaigrie, mais l'état général est relativement satisfaisant.

Le 22 janvier 1935, on se décide à intervenir. Opérateur : M. BINET. Rachianesthésie à syncaïne, 12 centigrammes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on trouve l'utérus en légère rétroversion. Il est flanqué de deux annexes très adhérentes. A droite, il existe un kyste inflammatoire de l'ovaire, du volume d'un œuf de pigeon.

On enlève tout d'abord l'appendice, car celui-ci est adhérent aux annexes droites. Puis on pratique une double annexectomie en laissant l'utérus en place. On prélève sur l'ovaire gauche, moins malade que l'ovaire droit, deux greffons. Chacun d'eux est insinué dans une des grandes lèvres, après tunnélisation de celle-ci depuis la plaie opératoire. On place un Mickulicz en place et on ferme le ventre en quatre plans de suture, en ménageant dans la partie déclive de l'incision le passage du Mickulicz.

Les suites opératoires immédiates sont favorables, mais il est impossible de se rendre compte de la réussite de la greffe, l'intervalle de temps écoulé depuis l'opération étant tout à fait insuffisant pour porter un jugement.

CONCLUSIONS

L'utilité des greffes ovariennes après annexectomie bilatérale, nous paraît très réelle. Ainsi, dans les annexectomies avec auto-greffes ovariennes, les menstruations sont conservées dans 70 % des cas et dans les annexectomies sans greffes, les menstruations sont conservées dans 40 % des cas seulement. Le pourcentage est donc presque double avec la première méthode.

La prise de la greffe se traduit par des signes locaux : gonflement et congestion du greffon, suivis ou non de production de flux menstruel. Les premières manifestations de ces signes apparaissent quelques jours à quelques mois après la transformation (48 heures dans notre observation n° 1, 4 mois dans l'observation n° 2).

Les signes généraux d'activité du greffon se traduisent par l'absence ou la disparition des troubles de la castration et surtout des bouffées de chaleur dues à l'absence de la sécrétion ovarienne.

L'activité physique, intellectuelle et génitale est un critère de bon fonctionnement des greffes. Par conséquent, la méthode des auto-greffes mérite d'être utilisée. C'est la sauvegarde de l'équilibre humoral et physiologique de la femme.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHNER. — L'état de la femme après l'extirpation de l'utérus (*Centrbl. fur Gynécologie*, n° 31, 3 août 1929).
- BAZU. — A propos des greffes ovariennes (*Revue internationale de Méd. et de Chirurgie*, 1921).
- BINET. — Les auto-greffes ovariennes au cours des annexectomies bilatérales (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, novembre 1934, et *Bulletin* de la Société, janvier 1935).
- La vie sexuelle de la femme (Expansion Scientifique française. Edit. Paris. Greffes ovariennes, p. 227 et suiv.).
- La gynécologie indispensable (Expansion Scientifique française. Edit. Parits, 1934).
- BIZOU. — Auto-greffes ovariennes; leur intérêt pratique (Thèse Paris, 1932).
- BLUCAU, CHAMPY et KELLER. — Recherches sur l'action des hormones ovariennes (Soc. de Biologie, 25 juin 1927).
- BLAIR BELL. — Ovarien Grafting (*Brit. med. Journ.*, 1918).
- Ovarien Grafting (*Surg. Gyn. and Obst.*, t. XLI, décembre 1925, n° 6, p. 706).
- BULLIARD et DONAY. — Greffes ovariennes (Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, 6 juillet 1933).
- CASTILLON. — Comparaison de la greffe ovarienne chez les rats mâles et femelles (Soc. de Biol., 1932, p. 331).
- CHAMPY et KELLER. — Contribution à l'étude des hormones femelles (Paris, 1926).
- CHROBACK. — Ueber einverleibung von Eierstockgewebes (*Centrbl. f. Gyn.*, 1896).
- COSTANTINI. — Pour la conservation de l'utérus après salpingo-ovariectomie bilatérale (*Presse Méd.*, déc. 1934).

- COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital féminin (Paris, 1931).
- CORRIADES. — Les greffes ovariennes (*Journal de Méd. de Bordeaux*, octobre 1933).
- COURRIER. — Les hormones ovariennes (*Revue française d'Endocrinologie*, 1925).
- DALSACE et GUILLAUMIN. — Société d'Obst. et Gyn., 1929.
- DARTIGUE. — La greffe de revitalisation humaine (Paris, 1922).
- Technique opératoire nouvelle de la greffe ovarienne chez la femme (Soc. des Chirurgiens de Paris; *Paris chirurgical*, mars 1928).
- DELAGENIÈRE. — In thèse KERMARREC (Paris, 1902).
- DOUAY. — Greffes ovariennes (*Gazette médicale de France*, 1^{er} mars 1932).
- DUDLEY PALMER. — Intrautérine implantation of the ovary (C. R. Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obst., 1899).
- Opérations conservatrices sur l'ovaire, greffes ovariennes (*Presse médicale*, 1900).
- EISENBERG PAPERIN. — Contribution à l'étude des ovaires surnuméraires (Thèse Paris, 1911).
- FOSTER. — Ovarien graft; an analysis of 50 cases (*Américain Journal Chirurgie*, XXXIX, 1925, p. 197).
- Grafts in uterus (*American J. Surg.*, nov. 1930).
- GALMIER. — Troubles trophiques au niveau de l'appareil génital (Thèse de Paris, 1925).
- GUYOT. — Traitement de la ménopause opératoire par les greffes ovariennes (Congrès de Gyn., Paris, 1933).
- HARTMANN. — Greffes ovariennes (*Bull. et Mém. Soc. chir. Paris*, 1911).
- L'implantation de l'ovaire dans l'utérus (*Gyn. et Obst.*, nov. 1925, p. 38).
- HEYN. — Fonction ovarienne et métabolisme basal (*Arch. fur Gyn.*, 1927).

- JACOBOS. — L'abandon des ovaires et la greffe ovarienne dans l'insuffisance ovarienne (*Progrès médical belge*, 1912).
- JACQUES. — *Revue Médicale de l'Est*, 15 juin 1923).
- JEANSELME et TOURAINE. — Troubles psychiques après la castration de la femme (*Journ. de Méd. de Paris*, 1910).
- KERMARREC. — Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire, greffes péritonéales et intra-organiques (Thèse de Paris, 1901).
- LATIS BAY. — Greffes ovariennes de la guenon à la femme (*Bruxelles méd.*, juin 1927).
- LIPSCHUTZ. — Influence de l'âge sur la fonction endocrine de la greffe ovarienne (Soc. de Biologie, 1925).
- MARTIN. — Ovarien transplantation (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1922).
- MAUCLAIRE. — Auto-greffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1916).
- Les greffes ovariennes avec ou sans anastomose vasculaire chez la femme (*Archives générales de Chirurgie*, 1908).
- A propos des greffes ovariennes (Soc. de Chir. de Paris, 1909).
- Sur les greffes ovariennes (*Presse médicale*, 1911).
- Auto-greffes et homo-greffes ovariennes dans le bord inférieur de l'épiploon (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1917).
- MAYER et CHEVAL. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'utilisation des greffes d'ovaire et d'utérus (*Bruxelles médical*, juin 1934).
- *Rev. d'Obst. et Gyn.*, juillet 1934).
- MAXWELLE. — Le sort et le fonctionnement des ovaires après hystérectomie. (*Journ. Chirur. Méd. Assoc.*, 1924).
- MOREAU. — Essai de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes (Thèse de Paris, 1904).
- MORRIS. — The ovarian graft (*N.-Y. Med Journ.*, 1895).
- Note on ovarian grafting (*Med rec. N.-Y.*, 1901).
- PETIT. — Conservation et transplantation dans l'utérus d'un fragment d'ovaire après hystérectomie pour suppuration (Soc. de Chirurgie, 1922).

- PETTINARI. — Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire (Doin, édit., Paris, 1928).
- QUENN et SAUVÉ. — Un cas de contrôle histologique d'une greffe ovarienne humaine (Soc. Chir., 1909).
- ROUVILLE. — Considérations sur quelques observations de greffes ovariennes (Soc. Obst., 1914).
- SAUVÉ. — Les greffes ovariennes envisagées au point de vue de la pratique chirurgicale (Thèse de Paris, 1909).
- Notes sur les greffes ovariennes expérimentales (Soc. anat. de Paris, 1909).
- Les greffes ovariennes (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1910).
- SERDUKOFF. — La transplantation des ovaires (*Progrès médical*, 1930).
- TUFFIER. — Greffe ovarienne et menstruation (Soc. chir. de Paris, 1909).
- A propos des greffes ovariennes (Soc. chir. de Paris, 1911).
- Les greffes ovariennes humaines (*Journ. de Chir. de Paris*, 1913).
- TUFFIER et BOUR. — Greffes ovariennes; résultats expérimentaux et cliniques concernant la menstruation, la fécondation et la grossesse (*Presse médicale*, 1925).
- TRIKLICE. — Insuffisance ovarienne et greffe ovarienne. Essai de thérapeutique expérimentale (Thèse de Paris, 1906).
- TUSSEAU. — L'ovario-greffe (Thèse de Lyon 1913).
- VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.
- Notes et recherches sur la menstruation (Thèse Paris, 1914).
- Troubles consécutifs à la castration ovarienne (*Rev. crit. de Path. et de Thérap.*, 1930).
- VORONOFF. — Greffes ovariennes (25^e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1912).
- WATRIN et BRABANT. — Les répercussions de l'hystérectomie sur l'histophysiologie ovarienne (*Archives de Biologie*, t. XLII, fasc. II, 1932).

ZAHER. — Contribution à l'étude des greffes ovariennes (Thèse de Montpellier, 1913).

ZONDEK et ASCHEIM. — Zur funktion des ovariums (*Deutsche Klinische Woch.*, 1925).

ZONDEK et WOLF. — Transplantation Konserwierter menschlicher ovarien (*Zent. f. Gyn.*, 1924).

VU:

Nancy, le 23 Juillet 1935.

Le Président de Thèse,

FRÉLICH.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 24 Juillet 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 24 Juillet 1935.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Avant-Propos</i>	7
<i>Historique</i>	9
<i>Indications</i>	15
<i>Conditions de la prise du greffon</i>	23
<i>Technique de l'auto-greffe</i>	27
<i>Résultats</i>	33
<i>Observations</i>	39
<i>Conclusions</i>	45
<i>Bibliographie</i>	47
